Aus der Universitäts-Frauenklinik der Universität Breslau
Dir.: Prof. Dr. Schultze-Rhonhof

Ein Fall von Tubentorsion

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Ursula Schönfelder
aus
Breslau

Breslau 1940

Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei E. G. m. b. H., Breslau 1, Ursulinerstr. 1

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Prof. Dr. Schultze-Rhonhof

Dekan: Prof. Dr. Gottron.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern

Über Ovarialtumoren und ihre Stieldrehung ist in der Literatur viel geschrieben worden, weit seltener aber wurde der analogen Erkrankung, der Tubentorsion ohne Mitbeteiligung des Ovars, Erwähnung getan. Und doch ist sie eine Erkrankung, die nicht so selten ist, wie man im ersten Augenblick annehmen müßte; denn es sind in der Literatur 268 Fälle von Tubentorsionen aus den verschiedensten Ursachen beschrieben worden. Gerade dieser Erkrankung muß aber insofern eine große Bedeutung beigemessen werden, als die Symptome, unter denen sie auftritt, oft zu Fehldiagnosen Anlaß geben können. Ganz abgesehen davon, daß die Seltenheit dieser Erkrankung — im Gegensatz zu den stielgedrehten Ovarialtumoren — besonders in der Form des hier zu beschreibenden Falles, erst spät an die Möglichkeit einer solchen Tubentorsion denken läßt, ist sie differentialdiagnostisch so schwer zu erfassen, weil sie fast die gleichen Symptome darbietet wie verschiedene andere Unterleibs- und vor allem auch Darmerkrankungen. Durch den enormen Zug, der durch die Drehung auf die Tube ausgeübt wird, kommt es — genau wie bei dem stielgedrehten Ovarialtumor — sowohl zur Dehnung der Nerven, also zu Schmerzen, als auch zu Gefäßrupturen, die bei längerem Bestehen eine Blutgeschwulst hervorrufen und damit einen stielgedrehten Ovarialtumor vortäuschen können. Gerade die Differentialdiagnose: stielgedrehter Ovarialtumor oder Tubentorsion macht so ungeheure Schwierigkeiten, da bei beiden Erkrankungen — neben den oben erwähnten plötzlich auftretenden Schmerzen — naturgemäß durch eine Reizung des Peritoneums eine starke Abwehrspannung der Bauchdecken besteht, so daß eine Isolierung der Adnexe und damit Klärung der Diagnose fast unmöglich ist, es sei denn, die Frau wird in Narkose untersucht.

Dieselben Erscheinungen wie die Tubentorsion bieten aber auch einige Darmerkrankungen dar, wie vor allem der Ileus und der Volvulus. Da bei der Tubentorsion mit ihrem peritonealen Schock auch Erbrechen, Temperatur und Sistieren von Stuhl und Winden bestehen können, ist auch die Ausschaltung dieser Erkrankungen eine Schwierigkeit, die nicht unterschätzt werden

darf. Selbst eine einfache Entzündung des Wurmfortsatzes ähnelt in der Symptomatologie weitgehend der Tubentorsion, wenn sie die rechten Adnexe betrifft. Haim beschreibt im Zentralblatt für Gynäkologie 1925 allerdings auch einen Fall von Appendicitis, wo bei Eröffnung der Bauchhöhle sich neben der erkrankten Appendix noch eine Tubentorsion fand, deren Ätiologie völlig ungeklärt war. Dies ist aber wohl nur ein Zufallsbefund, der allein durch die Operation erhoben werden konnte.

Ganz ähnliche Erscheinungen wie die Tubendrehung machen außerdem noch die Nieren- und Uretersteinkoliken, woran bei dem später beschriebenen speziellen Falle auch zuerst gedacht wurde. Erbrechen, Temperatursteigerungen, Kollaps und vor allem die vom Unterbauch nach der Blase hin ausstrahlenden Schmerzen, sind sowohl der Nieren- und Uretersteinkolik, als auch der Tubentorsion eigen. Natürlich ist es in diesem Falle leichter, die eine Erkrankung differential-diagnostisch auszuschalten, da eine mehrmalige Untersuchung des Harnsedimentes Klarheit verschaffen würde.

Als letztes und neben den stielgedrehten Ovarialtumoren wichtigstes Krankheitsbild kommt differential-diagnostisch die Extrauteringravidität in Frage, die genau die gleichen Symptome wie die Tubentorsion machen kann. Auch hier wieder Kollaps, Erbrechen, Temperaturen und peritonealer Schock. Es dürfte manchmal schwer sein, zumal wenn die Anamnese keine eindeutige Periodenunregelmäßigkeit in Form einer Amenorrhoe ergibt, zwischen diesen beiden Erkrankungen einen Trennungsstrich zu ziehen. Es wird immer einige Fälle geben, wo erst die Operation die endgültige Klärung verschafft. Daß die Extrauteringravidität auch zusammen mit einer Tubentorsion auftreten kann, soll bei den Fällen der Literatur besprochen werden.

Neben diesen oben genannten Erwägungen kommen noch einige Erkrankungen in Frage, die aber teils unter die Ovarialtumoren fallen und teils durch anamnestische Anhaltspunkte ausgeschaltet werden können. Es wären davon zu nennen: Follikel- und Corpus-Luteumcysten und postoperative Adhäsionen. Die letzteren würden wohl auch selten dieses akute Erscheinungsbild darbieten, wie es bei der Tubentorsion der Fall ist.

Es wird selten möglich sein, die Diagnose: Tubentorsion bei der nicht narkotisierten Frau zu stellen aus den oben erwähnten Gründen. Aber in etwa 55% aller in der Literatur beschriebenen Fälle ist es doch gelungen, die Diagnose nach der Untersuchung in Narkose vor der Operation zu klären. Auch bei meinem Fall wurde die Diagnose Tubentorsion nach der Untersuchung in Narkose gestellt.

Anamnese, Befund, Operationsverlauf und Epikrise sind folgende: Patientin, unverheiratet, 24 Jahre alt, erkrankte im August 1935 das erstemal mit heftigen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, die in den Rücken und nach der Blase zu ausstrahlten. Nach einigen Tagen Ruhe verschwanden aber die Beschwerden plötzlich wieder und traten auch vorerst nicht wieder auf. Mitte Januar 1937 stürzte die Patientin auf der Treppe und zog sich auf dem linken Hüftknochen ein etwa apfelgroßes Haematom zu.

Am 16. 1. 1937 erneut plötzlich auftretende, heftige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, die denselben Charakter wie vor 2 Jahren hatten und wieder in die Blasengegend ausstrahlten. Die Schmerzen hielten etwa eine Stunde an, verschwanden dann für eine Viertelstunde und traten danach erneut in immer kürzeren Pausen auf. Auf eine Morphiuminjektion besserten sich die Schmerzen zwar vorübergehend, ließen aber nie ganz nach. Da nach 2 Tagen keine Besserung eintrat und außerdem Erbrechen und leichte Temperatursteigerungen hinzukamen, wurde die Patientin in die Universitäts-Frauenklinik in Breslau eingewiesen.

Die dort sofort vorgenommene Untersuchung der leicht kollabierten Patientin ergab folenden Befund:

Allgemeinbefund normal.

Lokalbefund: Im Abdomen links bestand eine leichte Abwehrspannung, sonst ließ sich der Leib eindrücken, und es bestand auch kein Schmerz bei der Palpation des Unterbauches.

Katheterurin war in mittlerer Menge zu gewinnen, im Sediment fanden sich 1—2 Erythrocyten im Gesichtsfeld, die aber artificiell waren. Albumen negativ, Saccherum negativ. Temperatur 37,6, Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 8/15, Leukocyten 16 000. Da es sich bei der Patientin um eine virgo intacta handelte, wurde vorerst von einer vaginalen Untersuchung abgesehen und der rektale Untersuchungsbefund erhoben. Man tastete einen etwa faustgroßen Tumor, der aber gegen den Uterus nicht klar abzugrenzen war. Der Tumor fühlte sich nicht typisch cystisch an, sondern war etwas derb. Er lud vor allem nach links aus, griff aber auch nach rechts etwas über die Mittellinie in den Douglas über. Die rechten Adnexe waren tastbar und frei, das linke Ovar nicht klar zu isolieren. Die Parametrien waren frei.

Ganz eindeutig war aber der linksseitige Adnexbefund zunächst nicht, so daß man die Möglichkeit eines stielgedrehten Ovarialtumors oder eine Erkrankung des Darmes in Form eines Ileus oder Volvulus auch in Betracht ziehen mußte. Für das

letztere sprach noch das völlige Sistieren von Stuhl und Winden in den letzten 24 Stunden. Eine Extrauteringravidität konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Klarheit konnte erst die vaginale bzw. rectovaginale Untersuchung erbringen. Da die Schmerzen immer unerträglicher wurden und nicht mehr nachließen, entschloß man sich zur Narkoseuntersuchung in Laparotomiebereitschaft. Bei der rectovaginalen Untersuchung ergab sich jetzt folgender Befund: Uterus klein, antevertiert, anteflektiert, dextroponiert und gut beweglich. Rechte Adnexe klar zu isolieren, aber etwas tief liegend; man tastete aber auch einwandfrei das linke Ovar, nach rechts ausladend fühlte man den etwa faustgroßen Tumor.

Nach diesem Tastbefund konnte man den stielgedrehten Ovarialtumor völlig ausschließen. Jetzt tauchte zum ersten Male der Gedanke an eine Tubentorsion auf. Wenn man auch einen extragenitalen Prozeß, eventuell auch eine stielgedrehte Parovarialcyste oder Haematosalpinx, nicht ganz ausschließen konnte, so erfolgte die Operation doch unter der Annahme, daß es sich wahrscheinlich um eine Tubentorsion handeln werde. Der Operationsverlauf rechtfertigte die Annahme dann auch.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle, in der sich frei etwas dunkles Blut befand, lag retrouterin im Douglas der bereits getastete, etwa faustgroße, blutig infarzierte Tumor zugehörig dem ampullären Ende der linken Tube. Die Mündung der auffallend langen und etwas sukkulenten Tube war völlig frei. Die Tube selbst hatte sich 5 mal um 360 Grad gedreht, das gedrehte Tubenstück war völlig durchblutet. Das stielgedrehte Stück der Tube wurde über Klemmen abgetragen, der gesunde Teil durch Halbanisierung erhalten. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Nach 16 Tagen konnte die Patientin die Klinik völlig beschwerdefrei verlassen.

Die genaue Untersuchung des gewonnenen Präparates ergab eine Umwandlung des ampullären Endes der Tube in einen kleinfaustgroßen, blau-roten Tumor. Die übrige Tube war stark verdickt und ebenfalls blau-rot. In der Mesosalpinx fanden sich Thromben. Der Inhalt der Tube bestand aus einer haemorrhagisch serösen Flüssigkeit.

Der Tubenschnitt ergab: das Tubenlumen ist deutlich erkennbar. Es ist ausgefüllt mit Blut. Das Tubenepithel ist mikroskopisch nicht mehr einwandfrei nachweisbar.

Schnitt aus der Cystenwand: sie ist von einschichtigem, kubischem Epithek überzogen. Dann folgt eine Schicht von Blut und darauf eine Schicht von hyalinem Bindegewebe. Die nächste Schicht ist wieder teils nekrotisches Material, teils Blut. Keine

Stelle aus den zahlreichen Schnitten der Cyste bietet noch einen Anhalt dafür, daß es sich hier um Tubengewebe handelt.

Wenn auch mikroskopisch das Tubengewebe infolge Nekrose nicht mehr einwandfrei nachgewiesen werden konnte, so ist doch aus dem deutlich erkennbaren Tubenlumen und aus dem Operationsbefund auf eine Tubengeschwulst zu schließen. Eine stielgedrehte Parovarialcyste war jedenfalls mit Sicherheit auszuschließen.

Das Zusammentreffen einer Parovarialcyste mit einer Tubentorsion ist in der Literatur übrigens als große Seltenheit angesehen worden. Es werden nur 3 Fälle beschrieben, bei denen als Ursache der Tubentorsion eine Parovarialcyste einwandfrei festgestellt wurde. Von diesen 3 Fällen wieder bietet nur einer neben der Parovarialcyste außer an der Tube keinen anderen Befund. Es ist dies der im Zentralblatt für Gynäkologie 1933 von Benthin beschriebene Fall, der übrigens unter der Diagnose Peritonitis eingeliefert und auch operiert wurde. Die Tube war dabei 3½ mal um 360 Grad gedreht, der Tastbefund glich dem hier beschriebenen Fall fast vollständig. Bei den beiden anderen Fällen, über die von Kraul und Tauber berichtet wird, bestand einmal als Nebenbefund eine Gravidität men. IV, das andere Mal fand sich keine isolierte Tubentorsion, sondern eine Mitbeteiligung des Ovars.

Die epikritische Betrachtung dieser Erkrankung und damit dieses Falles erhellt die Gefahren, die eine solche Tubentorsion nach sich ziehen kann, wenn nicht rechtzeitig operativ eingegriffen wird. Neben der bei jeder Unterleibserkrankung auftretenden mehr oder weniger starken Peritonitis und dem akuten Kollaps können jederzeit stärkere Blutungen in das abgedrehte Gewebe auftreten, wie es auch hier der Fall war. Die hochgradige Torsion führt manchmal, wie es Beuthner beschreibt, zur Tubenamputation nach Tubentorsien. Nach dem bei seinem Falle vorgefundenen Befund — man fand anteuterin eine multiloculäre, verkalkte Cyste — muß es sich um eine Torsion gehandelt haben, die schon etwa 10 Jahre zurückläg. Der zweite Fall dieser Art, von Littauer beschrieben, behandelt ebenfalls eine Tubenamputation nach Tubentorsion, aber bei bestehender Extrauteringravidität. So selten diese Komplikationen auch sind, so muß man doch gerade bei dieser relativ seltenen Erkrankung sein Augenmerk darauf richten.

Ätiologisch ist bei meinem Fall wahrscheinlich die abnorm lange Tube für die Torsion verantwortlich zu machen. Gengenbach beschreibt im Zentralblatt für Gynäkologie 1930 6 Fälle aus dem Frauenspital in Basel, die unter ähnlichen

Erscheinungen operiert wurden, und bei denen während der Operation fast der gleiche Befund erhoben wurde. Interessant ist dabei, daß bei keinen der 6 Fälle die richtige Diagnose gestellt wurde. Meistens wurden vorher stielgedrehte Ovarialtumoren oder eine Tubargravidität vermutet. Ein 7. Fall wird von Pincsohn berichtet, bei dem es nach einem Sturz vom Rade ebenfalls zu einer Tubentorsion gekommen war. Auch hier war disponierend die abnorm lange, geschlängelte Tube. Dieser Fall ist insofern wichtig, als hier auch, wie bei meinem Fall, ein Trauma vorhergegangen ist. Es ist bei beiden Erkrankungen natürlich nicht mit absoluter Sicherheit festzustellen, ob zwischen Trauma und Tubentorsion ein ursächlicher Zusammenhang besteht; aber wenn man die Sellheimsche Theorie über die Torsion von Eileitertumoren, die später noch eingehender besprochen werden soll, zugrunde legt, so ist die Möglichkeit doch nicht auszuschließen. Es sind dies die einzigen Fälle, bei denen eine Tubentorsion nur auf Grund einer zu langen Tube bei sonst normalen Genitale zustande gekommen ist.

Immerhin ist doch auffällig, daß 20 Fälle von Tubentorsionen beschrieben worden sind, bei denen überhaupt keine Ursache für die Torsion gefunden werden konnte. Zu diesen 20 in der Literatur beschriebenen Fällen kann man in gewissem Sinne noch die rechnen, bei denen es zu einer Tubentorsion im Verlaufe einer normalen Gravidität gekommen war. Michon beschreibt einen Fall, bei dem die Torsion im dritten Monat einer normalen Schwangerschaft aufgetreten ist. Er glaubt, daß ätiologisch bei dieser Eileitertorsion in der Schwangerschaft die Vergrößerung des Uterus eine mechanische Rolle spielt. Hofmann dagegen glaubt mit einem Fall von Tubentorsion bei einer Gravidität im 8. Monat das Payrsche Haemodynamische Gesetz beweisen zu können. Durch das Emporsteigen des Uterus wird die Tube nur bis zur linea terminalis mitgenommen, dann bleibt sie hängen und ist nun dem Zuge der Gebärmutter einerseits und dem Druck des Beckens andererseits ausgesetzt. So kommt eine Stauung der Tubengefäße zustande und das später erwähnte Payrsche Gesetz ist damit bewiesen. Die anderen 18 Fälle dieser Art beschreiben mehr oder weniger gleichlautend ähnliche Fälle.

Bei allen anderen in der Literatur beschriebenen Fällen von Tubentorsionen sind immer irgend welche pathologischen Veränderungen des Genitale, seien sie unentzündlicher oder tumoröser Art, vorgefunden worden.

Wichtig ist ferner, daß auch bei Tubargravidität derartige Tubentorsionen beobachtet worden sind. Von den verschiedenen Autoren werden 12 Fälle beschrieben, denen allen eine Tubar-

gravidität zugrunde lag. Interessant ist darunter ein von Popper dargelegter Fall, der eine Tubargravidität mit torquierter und an einer Stelle rupturierter Tube beschreibt. Ein wegen seiner großen Seltenheit bemerkenswerter Fall einer Tubentorsion bei ausgetragener Tubargravidität, den Schaut im Zentralblatt für Gynäkologie 1906 beschreibt, sei noch erwähnt.

So wie es bei jedem Tumor des Ovar zu einer Stieldrehung dieses Tumors kommen kann, so kann auch jede tumorähnliche Veränderung der Tube zu einer Torsion führen. Einige dieser Fälle wurden schon genannt, der prozentual größte Teil entfällt aber naturgemäß auf alle die Erkrankungen, die auch ohne daß sie unbedingt zu einer Tubentorsion führen müsse, den größten Anteil der Erkrankungen der Tube überhaupt für sich in Anspruch nehmen. Zu nennen wären dabei die relativ häufig auftretende Erkrankung der Hydrosalpinx, die allein in 73 Fällen zu einer Tubentorsion geführt hat. Brooke hat davon 62 Fälle im Zentralblatt für Gynäkologie beschrieben. Auch hier, wie bei den echten Eileitertumoren, die übrigens ziemlich selten sind — nur 3 Fälle von Tubentorsionen bei echter, primärer Tubengeschwulst werden in der Literatur genannt —, ist der sekundär entstandene Tumor das auslösende Moment für die Drehung. Ein ebenfalls hoher Prozentsatz aller Tubentorsionen machen die Haematosalpingen und Sactosalpingen aus, die ja klinisch fast das gleiche Bild bieten.

Kombinierte Torsionen, sowohl der Tube als auch des Ovars, sind in der Literatur ebenfalls mehrfach beschrieben worden, doch ist diese Erkrankung nicht als Besonderheit zu betrachten, da das ganze Adnexsystem in einem derart innigen Kontakt miteinander steht, daß die Erkrankung eines Teiles leicht einen anderen Teil mitbetreffen kann. Entzündliche Veränderungen der Tube können zu Verklebungen mit dem Ovar führen und bei einer entstehenden Torsion das ganze System beanspruchen. So werden im ganzen in der Literatur 4 Fälle beschrieben, in denen es bei isolierten Erkrankungen der Tube zu kombinierten Torsionen der Tube und des Ovars gekommen war. Wachtel und Terruhn beschreiben je einen Fall bei Haematosapinx und Rübsamen und Benthin je einen bei Hydrosalpinx. Klinisch sind diese Fälle naturgemäß nicht erfaßt worden, da wohl immer die Diagnose Adnextumor bzw. stielgedrehter Ovarialtumor gestellt werden wird. Interessant ist noch, daß es auch bei einwandfrei isolierten Ovarialtumoren in 23 beschriebenen Fällen zu Tubentorsionen gekommen ist, ohne Mitbeteiligung des Ovars. Vielleicht kann diese Tatsache durch das

Payrsche hämodynamische Prinzip erklärt werden, und zwar so, daß durch den Ovarialtumor eine Druckdifferenz der Arterien und Venen der Tube hervorgerufen wird, die, nach der später erklärten Theorie, die Torsion hervorrufen kann.

Wie kommt es überhaupt zu einer Torsion des Eileiters? Diese Frage ist des öfteren diskutiert worden. Es wurden Thesen aufgestellt und wieder verworfen. Aus dem allgemeinen Meinungskrieg über dieses Problem haben sich die beiden Theorien von Sellheim und Payr durch ihre Klarheit das größte Anrecht auf Richtigkeit erworben. Wenn es auch schwer fällt, sich für eine der beiden Theorien zu entscheiden, so ist doch anzunehmen, daß Sellheim mit seiner „Erklärung der Achsendrehung von Eierstockcysten u. ä." der Lösung am nächsten kommt. Doch auch die Payrsche Theorie hat manches für sich, vor allem in einigen ganz bestimmten Fällen.

Sellheim behauptet folgendes: Die Ursache der Torsion ist eine Übertragung einer Drehbewegung des ganzen Körpers auf die Geschwulst. Je schneller und je öfter die Bewegung ausgeführt wird, je länger sie anhält, desto leichter kommt die Torsion zustande. Dreht die Frau sich nach einer Seite, so bleibt die Geschwulst infolge ihres Beharrungsvermögens zuerst etwas hinter der Drehung des Körpers zurück; kommt die Drehung zum Stillstand, so dreht sich die Geschwulst aus demselben Grunde etwas über das Ziel weiter, so daß es zu einer Torsion sei es eines Ovarialtumors, sei es einer pathologisch veränderten Tube kommt. Weiter behauptet Sellheim, daß es um so leichter zu einer Torsion kommt, je flüssiger der Inhalt einer Geschwulst ist. Er beweist diese Theorie sehr einleuchtend an dem Beispiel des rohen und des gekochten Eies. Ein gekochtes Ei, in der Längsachse hingelegt und durch Anstoß in Drehbewegung gesetzt, dreht sich nicht weiter, wenn man es nach kurzem Anhalten wieder losläßt. Ein rohes Ei setzt seine Drehung nach dem Anhalten weiter fort. Ein mit Wasser gefülltes Ei dreht sich wieder viel schneller und länger weiter als ein rohes.

Diese Erklärung ist so plausibel, daß die Torsion der tumorös veränderten Tuben und damit der meisten Fälle hinreichend zu erklären sind. Schwieriger ist es, eine Erklärung für die Torsionen der entzündlich veränderten oder ganz normalen Tube zu finden. In diesem Falle ist die Payrsche Theorie nicht von der Hand zu weisen. Payr selbst verwahrt sich ausdrücklich dagegen, daß mit seinem „haemodynamischen Prinzip" sämtliche Arten von Torsionen erklärt werden sollen. Er denkt sich die Torsion entstanden infolge einer Druckdifferenz in den Venen und der Arterie der Tube. Durch diese Druckdifferenz werden

die der starrwandigen Arterie angelagerten Venen gestaut, gedehnt und geschlängelt und machen schließlich eine Drehbewegung um die Arterie. Daß diese Drehbewegung tatsächlich zustande kommt, hat Payr an verschiedenen Experimenten bewiesen. Durch den durch die Drehung entstehenden Zug werden die die Gefäße umgebenden Gewebe zur Torsion gebracht. Die Blutstauung wird stärker, die Drehung setzt sich immer weiter fort. Die zuerst auftretende Druckdifferenz erklärt sich Payr durch vorhergegangene Traumen, starke Bauchpresse, oder manchmal durch Abknickung, z. B. bei abnorm langer Tube. Durch diese haemodynamische Torsion wäre der oben erwähnte Fall einer Tubentorsion in der Gravidität einleuchtend erklärt und auch alle die Fälle entzündlicher Natur, oder die Torsion bei normalem Adnexbefund, die durch die Sellheimsche Theorie nicht zu erfassen sind. Für alle Torsionen aber, die auf Grund eines Tumors entstanden sind, ist die einfache und physikalisch verständliche Theorie Sellheims wohl angebracht. Dabei ist nicht unberücksichtigt zu lassen, daß die von Payr angeführten Gründe immer eine gewisse Rolle mitspielen werden.

Ein kurzer Rückblick auf die in der Literatur beschriebenen Fälle von Tubentorsionen ergibt, daß diese Erkrankung nicht ganz so selten ist, wie man annehmen müßte. Es sind immerhin 245 Fälle von isolierter Tubentorsion und 23 Fälle von kombinierter Tuben- und Ovartorsion beschrieben worden. Dazu kommen noch 2 Fälle von Tubenamputationen.

Eine statistische Zusammenstellung der Ursachen für eine Tubentorsion ergibt folgendes Bild:

Isolierte Tubentorsion	bei normalen Adnexen	39	Fälle	=	14,4%
„ „	„ Haematosalpinx	50	„	=	18,5%
„ „	„ Hydrosalpinx	73	„	=	27,0%
„ „	„ Pyosalpinx	14	„	=	5,2%
„ „	„ Sactosalpinx	6	„	=	2,2%
„ „	„ Tubargravidität	12	„	=	4,4%
„ „	in der Gravidität	8	„	=	3,0%
„ „	bei Eileitertumoren	4	„	=	1,5%
„ „	„ Tubo-Ovarialtumoren	4	„	=	1,5%
„ „	„ abnorm langer Tube	8	„	=	3,0%
„ „	durch Traumen	1	Fall	=	0,4%
„ „	bei Ovarialtumoren	23	Fälle	=	8,5%
„ „	„ Parovarialcysten	3	„	=	1,1%

Tuben u. Ovartorsionen	bei normaler Adnexen	16 Fälle	= 5,9%
„ „ „	„ Haematosalpinx	2 „	= 0,7%
„ „ „	„ Hydrosalpinx	2 „	= 0,7%
„ „ „	„ Ovarialtumoren +	2 „	= 0,7%
„ „ „	durch Trauma	1 Fall	= 0,4%
Tubenamputationen		2 Fälle	= 0,7%

Diese Tabelle zeigt klar, daß der weitaus größte Prozentsatz aller Tubentorsionen auf die Tumoren oder tumorösen Veränderungen der Adnexe entfällt, ein gewisser Beweis für die Sellheimsche Theorie. Man sieht aber auch, daß ein Fall, wie er hier geschildert wurde, in der Literatur relativ selten beschrieben wurde. Nur über 8 Fälle von Tubentorsionen bei abnorm langer Tube wurde berichtet. Deshalb war es interessant, an Hand dieses Falles das Auftreten und die Häufigkeit dieser Erkrankung im allgemeinen zu betrachten.

Literaturverzeichnis.

Benthin: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1933.
Brooke: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1913.
Gengenbach: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1930.
Haim: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1925.
Hofmann: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1921.
Hofmeyer-Schröder: Handbuch der Frauenkrankheiten.
Kraul: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1922.
Michon: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1921.
Payr: Das haemodynamische Prinzip.
Popper: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1931.
Schauter: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1906.
Stöckel: Lehrbuch d. Gyn.
Tauber: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1927.
Terruhn: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1928.
Wachtel: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1928.

Nichtarische Autoren:

Beuthner: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1926.
Littauer: Zentralbl. f. Gyn., Jahrg. 1902.
Sellheim: Erklärung der Achsendrehung von Eierstockcysten.

Lebenslauf.

Am 26. November 1912 wurde ich als Tochter des 1914 in Poelcapelle in Flandern gefallenen Rechtsanwaltes und Notars Erwin Schönfelder und seiner Ehefrau Margarete geb. Hartmann in Breslau geboren. Ich besuchte die Viktoriaschule in Breslau und bestand 1933 die Reifeprüfung an den „Höheren Lehranstalten Bethanien" in Breslau. Die ersten beiden Semester meines medizinischen Studiums verbrachte ich in Wien und Berlin und bestand im November 1934 das Vorphysikum und am 13. Februar 1936 den zweiten Abschnitt des Physikums. Die klinischen Semester studierte ich in Breslau und bestand am 13. Dezember 1938 das Staatsexamen mit dem Gesamturteil „Gut". Danach war ich 3 Monate an der Universitäts-Frauenklinik in Breslau und 6 Monate an der inneren Abteilung des städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin als Medizinalpraktikantin tätig. Vom 27. November 1939 bis 1. Februar 1940 wurde ich beordert, den zur Wehrmacht einberufenen praktischen Arzt Dr. med. J. Czervionka zu vertreten, und seit dem 1. Februar 1940 vertrete ich den ebenfalls eingezogenen Arzt Dr. med. J. Wenger in Breslau.

Ursula Schönfelder.